

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

526

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Antoine MICHEL

Né le 27 Mars 1911, à AURILLAC (Cantal)

Sur un cas
de pleurésie purulente fétide
de la grande cavité
à colibacilles

Président : M. LEREBoullet, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Antoine MICHEL

Né le 27 Mars 1911, à AURILLAC (Cantal)

Sur un cas

de pleurésie purulente fétide

de la grande cavité

à colibacilles

Président : M. LEREBoullet, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de neuro-chirurgie	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-
LAVASTINE.
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
COUGEROT.
GULLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
N...
HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

Professeurs sans chaire



II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BAKETY	Pathologie médicale.
BERNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique
FUNCK.	
BRENTANO....	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.
GAILLARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicales.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELIEVRE..	Médecine légale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.	RENARD.....	Ophthalmologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale
MOLLARET	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.		
PETIT-			
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
RUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-	
CHAILLEY-		LEMAIRE..	Parasitologie.
BERT	Physiologie.	LE LORIER ...	Obstétrique.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.	SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
		VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ..	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT..		ECALLE	} Clinique obstétricale
SEZARY		METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LEREBoullet

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Première Enfance

Membre de l'Académie de Médecine

*Avec l'expression de notre très grande
reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-A. BARRIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien à Clermont-Ferrand

En remerciement de ses conseils si affectueux qui ont guidé nos débuts dans la vie médicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MEZARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
et Chef de Clinique à la Faculté

*Qui a été l'inspirateur de ce travail.
En hommage de profonde gratitude et de reconnaissance pour son dévouement de toujours.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. DUPUY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien à Aurillac

Il a bien voulu nous aider à réaliser cette thèse. Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse amitié.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. MONDOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ RAVINA

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

A MES CAMARADES

FRANÇOIS CHAREIRE

GASTON DOUNET

LOUIS GIBERT

GEORGES GODENECHÉ

PIERRE VERMENOUE

Interne des Hôpitaux de Paris

EMILE ET JEAN VIALARD

JULES VIERS

Docteurs en Médecine

ANTONY PEYTHIEU

Chirurgien Dentiste

GABRIEL ANDRIEU

Docteur Vétérinaire

PAUL ROQUETANIERE

Juge de Paix

PIERRE ANDRIEU

MARC CAUMEL

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer en octobre 1938 une pleurésie purulente à colibacilles de la grande cavité, ayant évolué chez une jeune femme de 22 ans.

Cette localisation pleurale du colibacille étant signalée dans tous les traités classiques, nous avons voulu rechercher dans les publications intérieures relatives à cette affection :

Des renseignements sur l'étiologie et l'évolution clinique,

Des indications sur le traitement particulier que pouvait comporter cette variété bactériologique de pleurésie purulente et son pronostic.

Nous avons alors constaté que les observations complètes de pleurésie purulente à colibacilles étaient en réalité très peu nombreuses.

Pour cette raison d'abord et parce que notre observation personnelle cadre mal avec l'idée habituelle que nous nous faisons de la colibacillose, classiquement maladie médicale, nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de la publier et d'apporter ainsi à l'étude de cette question notre modeste contribution.

Dans la discussion de cette observation nous essaierons de préciser :

1° Sous quel aspect clinique se présente habituellement cette variété de pleurésie ;

2° Son étiologie ;

3° Quels procédés de traitement doivent être employés et à quel moment ;

4° Quel est enfin le pronostic particulier de ces épanchements.

I. — OBSERVATION PERSONNELLE

Mme R..., de la commune de Calvinet (Cantal), âgée de 22 ans, vient consulter le 8 juillet 1938, au huitième mois d'une grossesse jusque-là normale, pour des douleurs de la région lombaire gauche et des troubles vésicaux survenus progressivement depuis quelques jours.

Cette malade d'une santé habituellement parfaite et dont les antécédents personnels et familiaux ne présentaient aucune particularité pathologique intéressante, a eu un premier enfant deux ans auparavant : grossesse et accouchement furent normaux, suites de couches normales également.

Les troubles urinaires dont elle se plaint actuellement ne s'étaient pas manifesté au cours de la grossesse antérieure, et depuis, Mme R..., d'aspect robuste, habituée aux travaux des champs, n'avait jamais consulté de médecin.

L'examen révèle seulement une vive douleur dans la fosse lombaire gauche, sans que l'on puisse percevoir à ce niveau le rein gros ou ptosé.

Par ailleurs, la grossesse semble évoluer normalement. Le toucher vaginal ne révèle aucun signe anormal pelvien.

La présentation n'a aucune tendance à s'engager.

Un examen cyto-bactériologique d'urine pratiqué au Laboratoire Départemental de l'Hôpital d'Aurillac par le Docteur Raugé, révèle dans des urines troubles la présence d'un pus abondant où pullulent les colibacilles.

En somme nous nous trouvons en présence d'une femme présentant une poussée de pyélonéphrite gravidique à colibacilles et on fait le traitement institué : diurétiques, antiseptiques urinaires et intestinaux, laxatifs, qui amène, en une huitaine de jours, la sédation puis la disparition de la douleur lombaire et de la pollakiurie.

La malade a cependant fait à ce moment deux clochers thermiques vespéraux à 38°5. Mais cette poussée de pyélonéphrite ne se renouvelle pas et la malade n'est pas revue durant le dernier mois de sa grossesse.

L'accouchement à lieu le 10 octobre, normalement et sans aucune manœuvre obstétricale.

Pas d'hémorragie.

Délivrance naturelle et complète.

Quarante-huit heures après l'accouchement survient brusquement, le matin à huit heures, un grand frisson qui dure une demie heure environ, puis un point de côté très vif, sous-claviculaire gauche.

La température est à 39°.

Il n'existe ni toux, ni expectoration, mais une dyspnée légère.

L'examen clinique ne révèle à peu près rien au

point de vue thoracique, tout au plus une légère submatité de la fosse sus-épineuse gauche.

Pas de souffle, pas de râles, aucun signe de foyer. Mais les mouvements exagèrent légèrement le point de côté.

Durant deux jours la température se maintient en plateau à 39°, 39°2. Le point de côté persiste toujours très localisé sous la clavicule gauche.

L'examen est encore à peu près négatif mise à part la légère submatité du sommet gauche. Fait nouveau : la malade présente partiellement le soir et la nuit de petits frissons moins intenses et moins prolongés que le frisson initial.

Au quatrième jour de la maladie, l'examen attentif permet de percevoir au sommet gauche en avant, un petit foyer très localisé : quelques râles sous-crépitants et une respiration un peu soufflante.

Mais ces signes discrets de foyer ne se précisent pas, ils vont au contraire disparaître assez rapidement les jours suivants.

En même temps la température qui jusque là s'était maintenue à 39°, descend en lysis pour se trouver à 37°9 sept jours après le début des signes pulmonaires.

Ni toux, ni expectoration ne sont jamais apparues et le point de côté s'est calmé.

Notre malade dont l'état général reste satisfaisant recommence à s'alimenter, la montée de lait est assez abondante et on l'autorise à nourrir son enfant.

L'involution utérine se faisait entre temps normale-

ment. Les lochies peu abondantes n'avaient aucune odeur, au toucher l'utérus était normal, les culs-de-sac souples et indolents.

Les urines étaient claires, la fosse lombaire n'était pas sensible, bref la malade n'accusait aucun signe d'infection urinaire.

Brusquement, huit jours après le début des signes pulmonaires, un nouveau point de côté très violent se manifeste au sommet gauche.

La température remonte à 40°.

Une dyspnée très intense apparaît.

L'examen révèle des signes d'épanchement de la base gauche :

Abolition des vibrations vocales.

Matité franche.

Silence respiratoire complet.

Les signes d'épanchement sont plus importants le lendemain : la matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, la température se maintient à 39°5 et la dyspnée s'accroît encore.

L'état général jusque là assez bien conservé s'altère très rapidement : pâleur intense, traits tirés, battement des ailes du nez.

Pouls à 130, légèrement irrégulier.

Une ponction exploratrice pratiquée en pleine matité dans le septième espace intercostal sur la ligne axillaire permet de ramener un liquide purulent et hémorragique.

Macroscopiquement, ce pus a la couleur de la brique pilée ; mieux encore, l'aspect de framboises écri-

sées dans une crème assez liquide. Le liquide est fluide et s'aspire assez facilement. Il est extrêmement fétide, répand une odeur nauséabonde, à la fois fécale et urineuse, odeur différente de la putridité des épanchements gangréneux. Il est à noter qu'il n'est pas mêlé de bulles gazeuses et reste ainsi différent du pus d'un épanchement gangréneux.

Quelques centimètres cubes de ce liquide sont prélevés dans un tube à essai. L'examen, pratiqué par le Docteur Mézard, d'Aurillac, montre :

1° *A l'examen direct* du pus étalé sur lame et coloré par la méthode de Gram : des polynucléaires très altérés et de très nombreux bâtonnets, très courts en général, à extrémité arrondie, cocco-bacillaires, ne gardant pas le Gram. Quelques-uns sont nettement plus allongés, mais il n'y a pas de véritables formes filamenteuses. Aucun autre germe n'est visible.

2° *La culture sur gélose inclinée* donne en quelques heures des colonies extrêmement abondantes et épaisses, confluant en une bande blanc jaunâtre.

L'examen microscopique de ces colonies, pratiqué par le Docteur Raugé au Laboratoire Départemental d'hygiène, montre les mêmes bâtonnets que l'examen direct, sans autre association microbienne.

La culture en eau peptonée permet de déceler la présence d'indol.

Le liquide de ponction contient donc du colibacille, de façon indiscutable et exclusive.

Un deuxième examen du même pus fut d'ailleurs pratiqué dans un second laboratoire (Gallo, à Auril-

lac). Les résultats sont absolument identiques. D'autre part, un ensemencement du pus fut pratiqué en gélose profonde de Veillon, aucun germe anaérobie ne pousse.

Bref, il s'agit d'une pleurésie purulente fétide à colibacilles. Et l'épanchement paraît se développer très rapidement.

Dès le lendemain, en effet, apparaissent des troubles de compression : la dyspnée est particulièrement intense et pénible, avec polypnée et battement des ailes du nez. On note la cyanose du visage et des extrémités.

La température est à 39°8. Le pouls est à 140, parfois irrégulier.

L'examen local montre la dilatation de l'hémithorax gauche et son immobilité. La matité s'étend sur toute la hauteur de l'hémithorax. En avant, skodisme sous-claviculaire très net.

La pointe du cœur est déviée et bat presque sur la ligne médiane.

Devant un tableau clinique aussi évocateur, une ponction évacuatrice est décidée. On évacue environ un litre et demi de liquide purulent et hémorragique, fétide, absolument comparable à celui précédemment retiré.

Aussitôt après, on injecte 80 centimètres cubes de sérum anticolibacillaire de Vincent, moitié sous la peau, moitié dans le muscle. Ces injections seront répétées les quatre jours suivants : au total 400 centimètres cubes de sérum seront injectés. Disons tout de suite que

cette thérapeutique, admirablement supportée, ne semble avoir entraîné aucune réaction.

Par ailleurs, depuis le début des complications pulmonaires, c'est-à-dire depuis une dizaine de jours, on donne par jour à la malade 1 gr. 20 de colorant azoïque.

Malgré tout, la sédation des signes fonctionnels et généraux, immédiatement consécutive à l'évacuation pleurale, fut sans durée. Douze heures après la ponction, la dyspnée est redevenue aussi intense. La température remonte à 39°. Le pouls à 140.

La matité s'étend très rapidement. La pointe du cœur atteint de nouveau la ligne médiane.

Aussi bien, vingt-quatre heures seulement après la première ponction évacuatrice, une deuxième est effectuée. Elle retire 1 litre de pus.

L'amélioration consécutive est si brève, l'épaulement se reforme si rapidement que la malade est adressée, aux fins de pleurotomie, au Docteur Dupuy, chirurgien à Aurillac.

Intervention à l'anesthésie locale, dans le 8^e espace intercostal. Pleurotomie sans résection costale. Un siphonage est installé. Il permet l'évacuation en 48 heures de trois litres de pus.

Aussitôt, et très rapidement, la dyspnée s'atténue. Elle est à peine marquée cinq jours après l'intervention. La cyanose disparaît. La température, en trois jours, descend au-dessous de 38°. Le pouls se fixe à 80.

La quantité de liquide aspiré par le siphonage diminue assez rapidement. A l'évacuation massive des

deux premiers jours, succède une suppuration de moins en moins abondante. Le huitième jour, la teinte hémorragique du pus disparaît, de même que sa fétidité.

La malade, qui est restée dix jours en clinique, revient alors à son domicile. Elle est si nettement améliorée qu'elle commence à se lever et s'alimente normalement.

Seule la suppuration locale persiste, obligeant à un pansement tous les deux jours, le siphonage ayant été supprimé à la sortie de la clinique. Cette suppuration persiste huit semaines et se tarit progressivement. La température oscille entre 37,2-37,4 le matin, 38-38,2 le soir.

Durant la quatrième semaine, après sa sortie de la clinique, la malade qui ne suivait aucun régime alimentaire et mangeait, au contraire, abondamment, a présenté brusquement une crise douloureuse de la région sous-hépatique.

Cette crise fut annoncée par quelques frissons et des vomissements répétés. La température remonta à 38°8. L'examen clinique montra dans l'hypocondre droit une masse arrondie, rénitente et douloureuse : bref, chez cette malade, sans passé hépatique, se manifeste une cholécystite qui peut légitimement être attribuée à l'infection colibacillaire. Tous les troubles vésiculaires ont d'ailleurs guéri très vite après quelques jours de traitement médical.

Au cours de l'évolution de cette pleurésie purulente fétide, presque parallèlement, une métrite s'est constituée, d'un aspect très particulier.

L'accouchement avait été simple, les suites de couches normales. Pendant les huit premiers jours, l'involution utérine s'était faite régulièrement. Quelques lochies, peu abondantes et sans odeur. Pas de signe d'infection utérine ou de voisinage.

L'examen génital avait été particulièrement soigneux, puisque lorsqu'étaient apparus après l'accouchement les frissons puis les signes d'atteinte pulmonaire, le réflexe obligatoire était de soupçonner une lésion primitive génitale. Or, répétons-le, aucun signe anormal n'avait pu être décelé à l'examen de l'utérus et des annexes.

Mais au moment même que se constituaient les signes d'épanchement de la base gauche, apparaissait un écoulement utérin lequel, d'ailleurs, on doit le reconnaître, passa inaperçu pendant 48 heures, restant au second plan derrière les signes pleuraux et le cortège de signes fonctionnels et généraux qui les accompagnait.

Cet écoulement devint abondant, obligeant la malade à se garnir plusieurs fois par jour. Et, fait remarquable, il était absolument identique au liquide recueilli par ponction pleurale : même aspect de pus hémorragique, même odeur fétide, fade et urineuse qui rendait l'atmosphère de la chambre particulièrement pénible pour elle et son entourage.

Un prélèvement fut fait à l'orifice externe du col

avec un tampon stérile. Le pus fut étalé sur lame, coloré par la méthode de Gram. L'examen montra des hématies, des polynucléaires altérés, des cellules de la muqueuse utérine, et de nombreux bâtonnets courts, ne gardant pas le Gram, présentant tous les caractères des colibacilles, sans association à d'autres germes microbiens.

L'examen génital montrait l'utérus douloureux, un peu augmenté de volume. Le col entr'ouvert admettait le doigt. Il n'existait ni déchirure, ni ulcération du col. Les annexes n'étaient pas perceptibles, les culs-de-sac latéraux absolument indolores.

Il s'agissait donc d'une métrite du corps à colibacilles évoluant en même temps qu'une pleurésie purulente à colibacilles chez une femme ne présentant aucun passé métritique.

L'écoulement utérin a persisté avec ses caractères initiaux pendant une dizaine de jours. Puis son aspect s'est modifié, il est devenu séro-purulent. Malgré le traitement institué, il a persisté près de cinq mois sans qu'aucune atteinte annexielle ne soit venu le compliquer.

EN RÉSUMÉ, une jeune femme de 22 ans fait au 8^e mois de sa grossesse une pyélonéphrite banale de courte durée. L'accouchement se fait à terme. Il est normal. Mais, 48 heures après, se constitue un foyer pulmonaire au sommet gauche. Le 8^e jour, alors que les signes locaux, fonctionnels et généraux de l'inspection pulmonaire se sont en partie amendés, se cons-

titue un épanchement pleural de la grande cavité gauche et apparaissent des signes de métrite du corps. Le pus de l'épanchement pleural est absolument identique à celui de l'écoulement utérin, tant son aspect et son odeur qu'aux examens de laboratoires qui montrent du colibacille à l'état de pureté.

Les deux affections évoluent parallèlement et se terminent par la guérison, en deux mois pour la pleurésie après pleurotomie, en cinq mois environ pour la métrite.

II. — AUTRES FAITS CLINIQUES

Surpris de trouver du colibacille dans le pus de l'épanchement pleural de notre malade, nous avons recherché quelle est la fréquence des pleurésies purulentes à colibacilles au cours des infections par ce germe pathogène.

A. — INFECTIONS MÉDICALES

Ribadeau-Dumas a signalé un cas de pleurésie à colibacilles chez un nourrisson atteint de gastro-entérite.

La pleurésie à colibacilles est également signalée à la suite d'affections pulmonaires : abcès du poumon et broncho-pneumonie (Widal, Roger, Teissier).

Gilbert et Girode, dans un cas mortel de choléra nostras, ont obtenu par ponction du poumon du colibacille en même temps que du pneumocoque.

Netter a publié deux cas : l'un de pleurésie à colibacilles coexistant avec une méningite suppurée à colibacilles, mortelle ; l'autre, qui se termina par la guérison de pleurésie à colibacilles chez un malade porteur de kyste hydatique du foie.

B. — INFECTIONS CHIRURGICALES

A la suite d'appendicite gangréneuse et d'étranglement herniaire, la pleurésie à colibacilles a été signalée. Clado a particulièrement insisté sur le rôle trop méconnu du colibacille dans la genèse des accidents pleuro-pulmonaires après intervention pour occlusion.

On l'a également signalée au cours d'affections urinaires particulièrement infectées (lithiase infectée, pyonéphrose). Gernez, de Lille, rapporte un cas de pleurésie séro-fibrineuse à colibacilles après prostatectomie.

C. — INFECTIONS OBSTÉTRICALES

Nous avons particulièrement recherché les pleurésies à colibacilles au cours de l'état puerpéral.

Elles ne sont pas signalées au cours des pyélonéphrites survenant en cours de grossesse.

Mais elles ont été rencontrées au cours des infections à colibacilles qui sont particulièrement fréquentes dans les suites d'un accouchement ou d'un avortement. Et parmi ces observations, il convient de citer celle qu'ont publiée, en janvier 1932, le Professeur A. Lemierre avec A. Laporte et D. Mahoudeau-Campoyer :

En voici la conclusion :

En résumé, chez une femme de vingt-cinq ans, apparaît immédiatement après un avortement, un état fébrile avec température à 38°5. Puis après un

curage digital, la température monte à 40° et 41° et s'y maintient.

Deux hémocultures pratiquées à 48 heures d'intervalle, donnent un colibacille.

Au sixième jour de l'infection, une immunotransfusion est immédiatement suivie de toux, de dyspnée, puis de crachats hémoptoïques, au bout de quatre jours se montre un foyer de condensation pulmonaire à la base droite. Un mois plus tard, l'expectoration jusque là hémoptoïque devient purulente et l'haleine très fétide^e; une ponction pratiquée à la base droite permet de retirer un pus d'odeur nauséabonde et urineuse.

A partir de ce moment, apparaissent, dès que la malade quitte le décubitus horizontal, de véritables vomiques purulentes très fétides, s'accompagnant de suffocation et de phénomènes de collapsus extrêmement inquiétants. Ces phénomènes en même temps que l'état général précaire de la malade, font ajourner l'intervention chirurgicale et l'on se contente de ponctionner l'épanchement à plusieurs reprises. Un mois plus tard seulement, l'état général s'étant amélioré sous l'influence du repos et de l'alimentation, un examen radioscopique peut être pratiqué, qui montre un pyopneumothorax de la grande cavité.

L'opération de l'empyème amène la suppression immédiate des vomiques, un relèvement de l'état général et la guérison survient avec une extrême rapidité.

Il s'est donc agi, chez notre malade, d'une infection

generale colibacillaire à point de départ utérin, consécutive à un avortement. Il y a eu chez elle septicémie véritable et non pas une simple décharge fugace de colibacilles dans la circulation car deux hémocultures ont été positives à 48 heures d'intervalle l'une de l'autre.

Le résultat de ces hémocultures non moins que la constatation exclusive de colibacille à l'exclusion de tout autre germe dans la cavité utérine mettent hors de doute la nature de l'infection.

Ce qui constitue l'intérêt du cas que nous rapportons aujourd'hui, c'est l'apparition de complications pulmonaires et leur évolution. Elles ont débuté brusquement par de la toux, de la dyspnée et une expectoration hémoptoïque immédiatement après une immunotransfusion. On peut en conclure qu'il s'est produit à ce moment un infarctus pulmonaire qui a été un point d'appel pour le colibacille présent dans le sang. Cet infarctus pulmonaire a eu lui-même pour conséquences une pleurésie purulente qui s'est fistulisée dans les bronches et a provoqué des vomiques répétées.

Le pus de cet épanchement, obtenu par ponction répandait une odeur nauséabonde à la fois fécale et urineuse, rappelant celle de certaines cultures de colibacilles. C'est ce microbe qui prédominait nettement dans le pus à l'examen bactériologique, les autres germes beaucoup plus rares qui s'y trouvaient également, streptocoques et anaérobies ne sont sans doute

que le résultat d'une infection surajoutée descendue par voie bronchique.

Il n'est pas impossible néanmoins qu'ils soient parvenus à la plèvre par voie circulatoire car les infections générales d'origine utérine surtout consécutives à des avortements provoqués, peuvent être des infections mixtes.

On sait quelle est la gravité habituelle des pyopneumothorax putrides non enkystés et fistulisés dans les branches, surtout lorsqu'ils ont pour cause initiale une lésion du poumon lui-même et quels résultats précaires donne en pareil cas une intervention chirurgicale, même précoce.

Il convient de signaler qu'ici, cette intervention a été ajournée plus d'un mois, tant en raison de la faiblesse extrême de la malade qu'à cause des accidents dramatiques avec danger de mort immédiate accompagnant les vomiques qui surviennent à la moindre tentative de déplacement.

Pourtant, pendant ce laps de temps, grâce au repos absolu et à une alimentation d'ailleurs bien acceptée et bien tolérée, l'état général a pu s'améliorer et permettre l'acte opératoire.

L'opération de l'empyème a amené la guérison avec une rapidité surprenante. Peut-être parmi les facteurs d'une aussi heureuse évolution, faut-il faire entrer en ligne le compte la jeunesse de la malade, sa constitution robuste et sa bonne santé antérieure. Peut-être aussi la nature de l'infection elle-même, n'y est-elle pas étrangère. Les septicémies colibacillaires

et particulièrement la septicémie à point de départ utérin peuvent entraîner une terminaison fatale, notamment dans l'observation du Professeur Widal et de l'un de nous, ainsi que dans celle de Braillon et de Merle, la mort a été provoquée par une méningite purulente.

Mais nous avons déjà fait remarquer antérieurement que les colibacillémies envisagées dans leur ensemble, se terminent le plus souvent par la guérison.

Dans le cas que nous rapportons aujourd'hui, le danger lié à l'état septicémique lui-même une fois écarté, c'est la complication pleuro-pulmonaire qui a dominé la scène et mis les jours en danger.

Nous nous demandons si ce n'est pas parce que c'est un colibacille qui a été l'agent principal de cette complication que le pyopneumothorax putride, fistulisé dans les bronches a été si bien et si longtemps toléré et a si facilement été guéri par l'intervention chirurgicale.

Telles sont les conclusions de l'observation du Professeur Lemierre, qui se différencie de la nôtre, par :

1° L'origine, utérine dans l'observation du Professeur Lemierre, est rénale, il semble bien, dans l'observation de notre malade.

2° La prédominance des signes pulmonaires chez la malade du Professeur Lemierre, alors que notre malade a présenté un minimum de signes pulmo-

naires apparents pour un maximum de symptômes pleuraux.

3° Mais notre observation se rapproche intimement de celle du Professeur Lemierre, par :

a) Le germe mis en cause, le colibacille dans les deux cas ;

b) Sa localisation pleuro-pulmonaire identique ;

c) Sa présence à peu près exclusive dans les deux infections ;

d) La terminaison heureuse faisant suite rapidement dans les deux cas à l'intervention chirurgicale.

III. — DISCUSSION DE NOTRE OBSERVATION

Par comparaison avec ce que nous avons lu des pleurésies purulentes à colibacilles, quelques points de notre observation nous paraissent un peu particuliers.

Le point de départ de l'infection

Initialement, il y eut en cours de grossesse une pyélo-néphrite à colibacilles vérifiée bactériologiquement. Il semble bien que l'infection pleuro-pulmonaire à colibacilles lui soit directement secondaire, car si dans les rares observations complètes que nous avons de cette affection, la porte d'entrée semble très ordinairement utérine, dans notre cas, la métrite à colibacilles semble contemporaine, sinon même postérieure à l'infection pleuro-pulmonaire, de telle sorte que l'on est autorisé à invoquer une atteinte concomitante au cours d'essaimage microbien à point de départ urinaire.

Les modes de propagation

Il nous a paru également intéressant de les préciser.

A) Il était séduisant d'invoquer une infection par

contiguïté, la pyélo-néphrite gauche entraînant une pleurésie purulente gauche, soit par propagation de proche en proche, soit par propagation lymphatique.

B) En réalité, cette théorie nous paraît difficilement soutenable.

1° Notre malade n'a jamais présenté de signes d'atteinte diaphragmatique; douleurs phréniques, hoquet.

2° Et surtout, la pleurésie semble nettement secondaire à la lésion pulmonaire siégeant au sommet gauche dans la zone sus et rétro-claviculaire.

3° Enfin, la théorie n'explique pas l'apparition de la métrite à colibacilles.

Aussi bien, il semble évident que l'infection s'est faite par voie sanguine.

Certes, il n'y a pas eu chez notre malade de phase septicémique nette précédant les localisations secondaires, les frissons du début sont apparus en même temps que le point de côté et sont par suite d'interprétation délicate et surtout il nous manque l'argument majeur d'une hémoculture positive.

Mais seule une infection par voie sanguine explique à la fois la pleurésie purulente consécutive à un infarctus septique de la corticalité pulmonaire et la métrite concomitante.

Caractères cliniques particuliers

Nous insisterons sur quelques caractères cliniques :

1° La succession de la pleurésie à deux foyers congestifs pulmonaires, particulièrement rapides dans

leur évolution et qui ne s'étaient extériorisés par aucune expectoration.

2° La grande abondance de liquide purulent et la rapidité de sa reproduction.

3° Les caractères même du liquide avec son aspect purulent et hémorragique, son odeur fétide et urineuse qui faisaient penser d'emblée à une forme anatomique ou à un agent pathogène rarement rencontrés.

4° Malgré la gravité des signes locaux et le retentissement important sur l'état général, la rapidité de guérison de cette forme de pleurésie purulente, dès que l'épanchement a pu être suffisamment drainé. Dans notre observation, nous avons, par la suite, pu vérifier la réputation de relative bénignité que tous les auteurs ont attribué aux infections à colibacilles.

IV. — TRAITEMENT

Le seul traitement efficace des pleurésies purulentes fétides à colibacilles est le *traitement chirurgical*.

La pleurotomie dans notre observation a amené en vingt-quatre heures une amélioration considérable de l'état général, en même temps que la disparition des signes de compression. Cette amélioration excessivement rapide se retrouve dans l'observation du Professeur Lemierre. Dans ce dernier cas, où l'état général était particulièrement défectueux et où le simple changement de position de la malade provoquait des crises de suffocation dramatiques, la pleurotomie, que l'on avait retardée, s'était effectuée très simplement et avait modifié en 48 heures l'évolution des signes fonctionnels et généraux ; et cependant, chez la malade du Professeur Lemierre, la pleurésie fétide était ouverte dans les bronches et avait déjà déterminé plusieurs vomiques.

La rapidité de l'amélioration déterminée par la pleurotomie se retrouve dans toutes les observations de cette affection.

D'autre part, les suites opératoires ont été aussi simples que possible. Nous n'avons eu aucun incident de

drainage. L'écoulement du liquide se faisait facilement, il n'y eut aucun incident de rétention.

Si la quantité de liquide évacué est resté importante pendant plus de deux semaines, la malade se levait et son état général redevenait normal.

Lorsque, au bout de huit semaines, nous avons supprimé le drainage, la fermeture de la pleurotomie s'est faite normalement.

Nous avons eu l'occasion de revoir notre malade radiologiquement un mois après la suppression du drainage : le poumon était alors revenu à la paroi, il n'existait plus trace de liquide, seul le cul-de-sac diaphragmatique était encore bloqué et l'ampliation de la coupole diaphragmatique diminuée.

Chez notre malade, la *pleurotomie* fut faite à l'anesthésie locale, sans résection costale. Nous avons installé immédiatement un siphonage qui évite la constitution d'un pneumothorax et permet un écoulement régulier, non brutal, du liquide pleural.

A cette technique très simple, on pourrait préférer une des nombreuses méthodes qui ont également pour but de réaliser un drainage en évitant le pneumothorax.

Cette pleurotomie ainsi réalisée fut très bien supportée.

Si l'intensité des signes fonctionnels et généraux, la rapidité de reconstitution de liquide après ponction nous ont amené à faire cette intervention de façon très précoce, nous croyons que dans les pleurésies

fétides à colibacilles, il y a intérêt à confier très rapidement la malade au chirurgien, car :

— Les ponctions répétées sont aussi fatigantes à supporter pour le sujet que le drainage pleural à l'anesthésie locale.

— L'état général reste très altéré, malgré les évacuations importantes de liquide, d'autre part, dans le cas de notre observation, il n'y avait pas lieu d'attendre l'évolution d'un foyer pulmonaire qui avait été fugace et était devenu indécélable après l'apparition des signes pleuraux.

— Il est intéressant de constater que notre malade recevait depuis dix jours un gramme vingt de colorant azoïque par voie buccale, cette médication fut continuée jusqu'à la confirmation bactériologique du colibacille dans l'épanchement. Elle ne semble avoir influé en aucune façon sur le développement et l'évolution de la pleurésie.

Le traitement sérothérapique fut institué dès que nous eûmes la réponse du laboratoire, précisant la nature colibacillaire de l'infection :

Quatre-vingt centimètres cubes de sérum anti-colibacillaire de Vincent furent injectés le premier jour, moitié par voie sous-cutanée, moitié par voie intramusculaire. Les injections de sérum furent très bien supportées et ne déterminèrent aucune réaction.

Nous avons répété pendant cinq jours la même dose quotidienne de quatre-vingt centimètres cubes de sérum par la double voie sous-cutanée et intramusculaire, sans aucun incident.

Au total, notre malade a reçu quatre cent centimètres cubes de sérum de Vincent et il ne paraît pas que ce traitement ait modifié l'évolution de l'affection.

L'atteinte grave de l'état général et l'épanchement lui-même n'ont cédé qu'à la pleurotomie que nous avons faite précocement.

Tout au plus, pourrait-on se demander si la simplicité et la rapidité des suites opératoires n'ont pas été favorisées par le double traitement chimiothérapique et sérothérapique.

CONCLUSIONS

I. — Les pleurésies purulentes à colibacilles, sans être absolument exceptionnelles, s'observent rarement.

II. — Ces pleurésies revêtent habituellement la forme « fétide ».

III. — La forme clinique que nous avons eu l'occasion d'observer ne semble avoir été influencée dans son évolution, ni par le traitement sérothérapique, ni par le traitement chimiothérapique.

IV. — Ces pleurésies purulentes, lorsqu'elles évoluent comme dans notre observation sans germes microbiens associés, sont d'un pronostic relativement favorable. Le caractère fétide de l'épanchement ne leur confère aucune gravité particulière. Leur évolution se fait habituellement vers la guérison, même si le colibacille détermine d'autres complications génito-urinaire, par exemple, ou hépato-intestinales.

V. — Il semble que le seul traitement efficace consiste dans le drainage du pus, par pleurotomie.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LEREBOULLET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI (S.) et FERNET (P.). — Septicémie colibacillaire. Endocardite et péricardite. Pleurésie purulente. Méningite suppurée. Hémiatrophie consécutive. Guérison (*Journal de Médecine Interne*, 1909, N° 35, page 346.)
- ANDREALI. — Colibacillémie avec épanchement pleural. (*Vie Médicale*, 1934.)
- ANDREI (G.). — Pleurite purulenta da bacterium coli. (*Arch. ed. attid. soc. ital. di chir.*, 1912, Roma, 1913, XXV, 659-667.)
- APERT. — Pleurésies purulentes à colibacilles chez l'enfant. (*Association Pédiatrique*, 1924.)
- GROVER (A.-L.). — A case of empyema due to Bacillus Coli. (*Boston M. et S. J.*, 1913, CLXVIII, 708.)
- HARVIER et PINARD (M.). — Pleurésies purulentes à colibacilles. *Nouveau Traité de Médecine* (Roger, Vidal, Teissier, fasc. XII, Pathol. de l'appareil respiratoire, p. 424, Paris, Masson, 1923.)
- KEMP. — Colon bacillus infections with report of double pneumonia and purulent bronchitis. (*Boston Medical and Surgical Journal*, 1911, p. 819.)
- LEMIERRE (A.), LAPORTE (A.), MAHOUEAU-CAMPOYER (D.). — Septicémie colibacillaire post-abortum. Pyopneumothorax putride fistulisé dans les bronches. Guérison. (*Bulletin et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, N° 48, 7, 14, 18 janvier 1932.)

- MARINGER. — Pleurésie mixte purulente à colibacilles et à pneumocoques. (*Association Pédiatrique*, 1934.)
- PEARSON (J. S.). — Empyemata associated with of Bacillus Coli, treatment by antitoxin. (*Brit. M. J. Lond.*, 1909, 78.)
- RIBADEAU-DUMAS. — Un cas de pleurésie à colibacilles chez un nourrisson atteint de gastro-entérite. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, vol. *Pédiatrie*, chapitre 4063, page 2.)

